

V E R T R A G

mit dem Sozialhilfeträger Freie und Hansestadt Hamburg vom 12. Februar 1993

Zwischen

dem Sozialhilfeträger Freie und Hansestadt Hamburg,
vertreten durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales
– Amt für Soziales und Rehabilitation –
gleichzeitig für die Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung
– Amt für Jugend –

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

wird im Einvernehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Niedersachsen und Schleswig-Holstein folgender Vertrag geschlossen:

§ 1

Vertragsärzte, vertragliche Versorgung

(1) Vertragsärzte im Sinne dieses Vertrages sind alle in der Freien und Hansestadt Hamburg sowie den angrenzenden Randgebieten Schleswig-Holsteins und Niedersachsens tätigen Ärzte, soweit sie gemäß SGB V zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen oder zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind.

(2) Die Vertragsärzte sind im Rahmen ihrer in Absatz 1 genannten Zulassung oder Ermächtigung nach den Vorschriften dieses Vertrages zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung des Personenkreises berechtigt und verpflichtet, dem der Sozialhilfeträger Leistungen gemäß § 36 bis § 38 und § 40 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 BSHG sowie § 40 SGB VIII zu gewähren hat.

(3) Die vertragsärztliche Versorgung für den berechtigten Personenkreis umfaßt:

1. Die ambulante ärztliche Versorgung bei den Vertragsärzten,

2. die ambulante ärztliche Versorgung in den Polikliniken des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf oder anderen durch den Zulassungsausschuß für Ärzte – Hamburg – ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen,
 3. die stationäre ärztliche Versorgung durch einen von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung als Belegarzt anerkannten Vertragsarzt, soweit sie nicht mit dem Pflegegesetz abgegolten ist,
 4. die ärztliche Versorgung durch einen Nicht-Vertragsarzt im Notfall sowie durch die im organisierten Notfalldienst bzw. in den Notfallpraxen der KVH eingesetzten Ärzte,
 5. die Anordnungen der Hilfeleistung anderer Personen,
 6. die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln,
 7. die Verordnung von Krankenhausbehandlung,
 8. die Ausstellung von Bescheinigungen, die ein Berechtigter zur Erlangung von Leistungen aufgrund seines Gesundheitszustandes benötigt.
- (4) Für die vertragsärztliche Versorgung gelten, soweit in diesem Vertrag nichts anderes geregelt ist, die für die vertragsärztliche Versorgung nach dem SGB V gültigen Bestimmungen.

§ 2

Freie Arztwahl

- (1) Der Patient hat die freie Wahl unter den Vertragsärzten.
- (2) Besuche außerhalb seines üblichen Praxisbereiches kann der Vertragsarzt ablehnen, es sei denn, daß es sich um einen dringenden Fall handelt, und ein Vertragsarzt, in dessen Praxisbereich die Wohnung des Patienten liegt, nicht zu erreichen ist.
- (3) Der Vertragsarzt darf die Behandlung oder Weiterbehandlung eines Berechtigten in begründeten Fällen ablehnen. Von der Ablehnung der Weiterbehandlung hat er den Sozialhilfeträger unter Mitteilung der Gründe zu unterrichten.
- (4) Während der Behandlung kann der Patient den Vertragsarzt nur aus wichtigem Grund wechseln, z. B. Wegzug des Patienten aus dem Tätigkeitsbereich des Arztes oder die Praxisverlegung des Arztes aus dem Wohnbezirk des Patienten.
- (5) Die Überweisung zur Auftragsleistung (Zielauftrag, Rahmenauftrag), zur Konsiliaruntersuchung, zur Mitbehandlung oder zur Weiterbehandlung und die Fortsetzung der Behandlung durch einen Vertreter des Vertragsarztes gelten nicht als Arztwechsel.

§ 3

Behandlungsausweise

- (1) Der Patient ist – außer in dringenden Fällen – verpflichtet, seinen Anspruch auf vertragsärztliche Versorgung vor Beginn der Behandlung bzw. zu Beginn eines neuen Kalendervierteljahres durch Vorlage eines Behandlungsausweises nachzuweisen. Der Behandlungsausweis dient dem Vertragsarzt und den sonstigen Stellen nach § 1 Abs. 3 Nr. 2 des Vertrages zur Abrechnung der Leistungen.
- (2) Ein Behandlungsausweis gilt jeweils für die gesamte von demselben Vertragsarzt innerhalb eines Kalendervierteljahres durchgeführte ambulante vertragsärztliche Versorgung. Der Behandlungsausweis gilt für das Kalendervierteljahr, in dem oder für das er ausgestellt wurde, oder für die in ihm genannte Frist.
- (3) Überweist der Vertragsarzt erforderlichenfalls den Patienten an einen anderen Vertragsarzt oder eine sonstige, zur Durchführung vertragsärztlicher Versorgung berechnete Stelle, so stellt er ihm einen Überweisungsschein aus. Auf dem Überweisungsschein sind die Personalien des Patienten und das Aktenzeichen des Sozialhilfeträgers anzugeben. Die Überweisung zu einem Vertragsarzt derselben Arztgruppe ist nur in Ausnahmefällen, insbesondere bei einem Arztwechsel nach § 2 Abs. 4 des Vertrages oder zu einem außerhalb der Praxis des Vertragsarztes tätigen Vertreter, zulässig.
- (4) In dringenden Fällen kann der Vertragsarzt ohne Behandlungsausweis behandeln, der Patient hat innerhalb von 10 Tagen dem Vertragsarzt einen Behandlungsausweis nachzureichen; anderenfalls übernimmt der Sozialhilfeträger die vorher entstandenen Behandlungskosten nur, wenn bei Beginn der Behandlung Hilfebedürftigkeit bestanden hat. Dieses gilt entsprechend, wenn der Vertragsarzt während der Behandlung feststellt, daß sein Patient Krankenhilfe vom Sozialhilfeträger beanspruchen kann. Die Vertragsärzte sind weder berechnigt noch verpflichtet, die Hilfebedürftigkeit des Patienten nachzuprüfen. Wenn der Patient trotz Mahnung dem Vertragsarzt keinen Behandlungsausweis nachgeliefert hat, übersendet der Sozialhilfeträger dem Vertragsarzt auf schriftliche Anforderung einen Behandlungsausweis bzw. teilt schriftlich mit, daß ein Anspruch nach dem BSHG nicht besteht. Erhält in diesen Fällen der Arzt nicht binnen 4 Wochen den Behandlungsausweis oder die Mitteilung über das Nichtvorliegen eines Anspruches, stellt die KVH dem Arzt einen Behandlungsausweis auf einem Überweisungsvordruck zur Sicherstellung der Abrechnung aus. In diesen Fällen unterrichtet die KVH den Sozialhilfeträger.
- (5) Soweit für die Erbringung und Abrechnung von Leistungen durch Richtlinien fachliche oder apparative Voraussetzungen aufgestellt werden bzw. der Umfang der Leistungen festgelegt ist, finden diese Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung Anwendung.
- (6) Für die Abrechnung von Leistungen des von der KVH organisierten Notfalldienstes (Ärztlicher Notfalldienst Hamburg) sowie der Notfallpraxen der KVH gelten die zwischen der KVH und den Primärkassen in Hamburg vereinbarten Vordrucke sowie das zwischen diesen Parteien vereinbarte Verfahren.

§ 4

Art und Umfang der ärztlichen Versorgung

(1) Der Vertragsarzt behandelt die Patienten während seiner üblichen Sprech- und Besuchszeiten.

(2) Der Patient hat Anspruch auf eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung. Diese Versorgung muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß wirtschaftlich sein.

§ 5

Behandlungs- und Verordnungsweise

(1) Die Behandlungs- und Verordnungsweise richtet sich nach den jeweils geltenden Bestimmungen für die Vertragspraxis, soweit sich aus diesem Vertrag nichts anderes ergibt.

(2) Verordnungen werden auf den in der vertragsärztlichen Versorgung gültigen Vordrucken ausgestellt. Dabei sollen die Personalien und das Aktenzeichen des Patienten/Sozialhilfeträgers angegeben werden. Bei Nichtvorliegen eines Behandlungsausweises sollen die Verordnungen auf Privatrezept mit dem Vermerk "mangels Krankenscheines" erfolgen.

(3) Für eine vorübergehende Abwesenheit aus Hamburg dürfen keine Überweisungsscheine ausgestellt werden; der Patient ist an den Sozialhilfeträger des Besuchsortes zu verweisen, der für die Dauer des dortigen Aufenthaltes zuständig ist.

§ 6

Abrechnung der Vertragsärzte und Vergütung

(1) Grundlage für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen nach diesem Vertrag ist der Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen in der jeweils gültigen Fassung unter Zugrundelegung der mit der örtlichen Ortskrankenkasse vereinbarten vertraglichen Honorarregelungen sowie des Honorarverteilungsmaßstabes der für den Arzt zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.

(2) Zur vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen des ärztlichen Notfalldienstes Hamburg zahlt der Sozialhilfeträger für jeden Abrechnungsschein gemäß § 3 Abs. 6 den jeweils zwischen der KVH und der AOK Hamburg vereinbarten Betrag.

Diese Beträge werden nur bezahlt, wenn die Arztbesuche auf Vermittlung der Notfalldienstzentrale der KVH zustande kommen und mit den Funktaxen ausgeführt werden.

(3) Für die vertragsärztliche Versorgung in den Notfallpraxen der KVH gilt die Vereinbarung mit den Hamburger Primärkrankenkassen über die Vergütung der dort erbrachten Leistungen.

(4) Vertragsärztliche Versorgung nach § 1 Abs. 3 Nr. 2 des Vertrages wird nach den für die vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder der örtlich zuständigen Ortskrankenkasse maßgeblichen Sätze vergütet. Entsprechendes gilt für die von einem Nicht-Vertragsarzt im Notfall durchgeführte ärztliche Versorgung.

§ 7

Rechnungslegung, Verteilung der Gesamtvergütung, Anspruch des Vertragsarztes

(1) Die Vertragsärzte, die im organisierten ärztlichen Notfalldienst eingesetzten Ärzte und die in § 1 Abs. 3 Nr. 2 des Vertrages genannten Stellen rechnen ihre Leistungen nach den für die vertragsärztliche Versorgung gültigen Bestimmungen bei der für sie zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ab.

(2) Die KVH ermittelt aus den von ihr sachlich und rechnerisch richtig festgestellten Honorarforderungen vierteljährlich die Summe, der bei ihr nach Abs. 1 abgerechneten Beträge und teilt sie dem Sozialhilfeträger unter Überlassung der Abrechnungsunterlagen (Behandlungsausweise und Zusammenstellungen nach Verwaltungsabsprache) als Anforderung einer Gesamtvergütung mit. In gleicher Weise ermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen Schleswig-Holstein und Niedersachsen die bei ihnen abgerechneten Beträge und fordern sie über die KVH bei dem Sozialhilfeträger an.

(3) Die Gesamtvergütung wird einen Monat nach Anforderung durch die KVH fällig. Der Sozialhilfeträger leistet monatliche Abschlagszahlungen, deren Höhe beträgt ein Drittel der Gesamtvergütung des gleichen Kalendervierteljahres im Vorjahr. Die Abschlagszahlungen werden jeweils bis zum 20. eines Monats bewirkt. Überzahlungen werden als Vorauszahlung für das folgende Vierteljahr berücksichtigt.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen die Gesamtvergütungen nach den Bestimmungen ihres Honorarverteilungsmaßstabes für die vertragsärztliche Versorgung auf die Vertragsärzte und die im von ihnen organisierten ärztlichen Notfalldienst eingesetzten Ärzte. Sie leitet auch die nach § 1 Abs. 3 Nr. 2 an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Stellen entfallenden Beträge weiter. Der Sozialhilfeträger entrichtet insoweit seine Zahlungen an die KVH mit befreiender Wirkung.

§ 8

Vertragsdurchführung

(1) Wünscht der Vertragsarzt Auskunft oder Unterstützung bei der Behandlung von Patienten nach diesem Vertrag, so kann er sich an die Ärzte des jeweils zuständigen Gesundheitsamtes wenden.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen halten die Vertragsärzte mit den ihnen nach ihrer Satzung zu Gebote stehenden Mitteln zu einer dem Vertrag entsprechenden ärztlichen Versorgung und Abrechnung ihrer Leistungen an. Entsprechendes gilt für die im organisierten ärztlichen Notfalldienst eingesetzten Ärzte.

§ 9

Inkrafttreten und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt mit Wirkung vom 01. Oktober 1993 an die Stelle des Vertrages vom 10. Dezember 1985.

(2) Dieser Vertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht drei Monate vor Ablauf durch eingeschriebenen Brief gekündigt wird.